Rok XLIX. Kraków, dnia 8. stycznia 1910. Nr 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) krajowego szpitala Św. Łazarza w Krakowie.

Niezwykły przebieg kiły rdzenia kręgowego.

Opisał

Prym. Dr. A. Krokiewicz.

Kiła rdzenia kręgowego (Domański: Choroby mózgu. Kraków 1903), występuje w postaci ostrej lub przewlekłej i nie przedstawia tej rozmaitości co kiła mózgu.

W przypadku ostrego przebiegu ukazuje się jako rozlane zapalenie ostre rdzenia kręgowego (myelitis diffusa acuta), a rozpoczyna się od ciężkości i osłabienia zazwyczaj kończyn dolnych, z czego wkrótce powstaje porażenie ich zupełne. Wkrótce pojawia się niemożność dowolnego oddawania moczu, zaparcie stolca i utrata zdolności płciowej. Zależnie od siedziby zmiany chorobowej może porażenie objąć i kończyny górne. W niektórych przypadkach pojawiają się ostre zboczenia odżywienia w postaci odleżyn na częściach porażonych, jak pośladkach, piętach, nawet kolanach. Czasem występuje stan chorobowy, właściwy dla ostrego porażenia wstępującego Landry-Kussmaula (paralysis ascendens acuta).

O wiele częstsze są postacie przewlekłe. W przeważnej liczbie przypadków kiła rdzenia kręgowego występuje w postaci poprzecznego zapalenia rdzenia i opon (menigomyelitis transversa), nie różniącego się niczem pod względem objawów od zapalenia rdzenia skutkiem ucisku. Najczęstszą wszakże postacią zajęcia rdzenia kręgowego przez kiłę jest zbiór przypadów, oznaczony mianem kiłowego porażenia rdzenia (paralysis spinalis syphilitica).

Choroba ta rozpoczyna się powoli, nieznacznie, od zaburzeń w jakości czucia, bolów przemijających, osłabienia, stężenia nóg, tudzież utrudnienia chodu i oddawania moczu. Później wyrabia się zupełne porażenie z nieznacznemi zboczeniami w czuciu, stężeniem mięśni, znacznem wzmożeniem odruchów ścięgien i niemożnością albo oddawania albo zatrzymania moczu. Zwykle towarzyszy temu zaparcie stolca, rzadko zaś niemożność dowolnego zatrzymania kału.

W innych znów przypadkach kiła rdzenia kręgowego przybiera postać wiądu (pseudotabes syphilitica), tem tylko różniącego się od prawdziwego wiądu rdzenia, iż rozwija się znacznie prędzej i że mu towarzyszy nieraz znaczny ból samego kręgosłupa. Prawdopodobnie wiele przypadków takiego jakoby ostrego wiądu rdzenia kręgowego, dającego się nieraz zupełnie wyleczyć, odnieść trzeba do kiły.

Uwagi godną, a zarazem pod względem rozpoznawczym bardzo ważną jest okoliczność, iż wymienionym postaciom kiły rdzenia towarzyszą często rozmaite zboczenia ze strony mózgu i nerwów mózgowych, jak porażenia mięśni ocznych, porażenia nerwu twarzowego, zboczenia słuchu. Można też powiedzieć, że najczęściej objawy mózgowe towarzyszą kile rdzenia kręgowego.

Rokowanie w postaciach ostrych jest dosyć niepomyślne; śmierć następuje w $^1/_3$ przypadków w kilka tygodni lub miesięcy skutkiem równoczesnych zmian w mózgu lub rdzeniu przedłużonym, skutkiem odleżyn, zboczeń w oddawaniu moczu lub wreszcie skutkiem ogólnego wyniszczenia. Inne przypadki, szczęśliwsze, kończą się zupełnem wyzdrowieniem lub, co częściej, wyzdrowieniem niezupełnem i przejściem w postać przewlekłą.

We wrześniu b. r. miałem sposobność spostrzegania klinicznego niezwykłego przebiegu kiły rdzenia kręgowego, który niniejszem przytaczam:

E. F. l. 49 liczący nauczyciel ludowy w P., stanu wolnego, został przyjęty na mój oddział 15/9 1909. Według wywiadów był zawsze zdrów i dopiero w ostatnich dwóch latach miał odczuwać od czasu do czasu ogólne znużenie i krótkotrwałe przemijające zaparcie oddechu, co jednak nie przeszkadzało mu w wykonywaniu codziennych obowiązków zawodowych. Wogóle objawy te chorobowe były tak nieznaczne, iż lekarz ordynujący, pomimo kilkakrotnego badania, rozpoznawać mógł naówczas jedynie tylko histeryę. W sierpniu b. r. odbył chory nawet dalszą wycieczkę dla przyjemności i bawił kilkanaście dni w Wiedniu. Dopiero na dwa dni przed przybyciem do szpitala, t. j. 13/9 1909, wystąpiło u chorego nagle znaczne osłabienie kończyn dolnych, najpierw prawej, potem lewej, połączone z trętwieniem stóp, bezsennością, kaszlem i nieznacznym bólem w klatce piersiowej. Gdy nazajutrz, t. j. 14/9, chory prócz powyższych objawów zauważył i utrudnienie chodu, postanowił szukać pomocy lekarskiej w szpitalu. Napojów wyskokowych nie nadużywał; do przebytej kiły nie przyznaje się. Wywiady w kierunku obciążenia dziedzicznego ujemne. Stan chorego w dniu 16/9 1909 następujący: Budowa i odżywienie dobre. Skóra dość blada; na goleniach widoczne blizny powierzchowne, dość rozległe, nie przypominające wejrzeniem zmian kiłowych. Kościec prawidłowy. Ciepłota ciała 37.6° C. Gruczoły chłonne kar-

kowe, pachowe, pachwinowe nie powiększone. Gruczoł tarczowy prawidłowy. Klatka piersiowa ustawiona wdechowo. Dolna granica płuca prawego w linii sutkowej sięga do dolnego brzegu 6-go żebra, ruchoma; lewego do dolnego brzegu 4-go żebra; z tyłu w linii przykręgowej po obu stronach dolna granica płuc do dolnego brzegu 11-go żebra, ruchoma. Odgłos wszędzie jawny; szmery oddechowe zaostrzone, pokryte w tylnych i dolnych częściach płuc skąpemi furczeniami i rzężeniami. Liczba oddechów 30—36 na minutę.

Wymiary serca prawidłowe. Tony serca bardzo głuche. Tętno miękkie, regularne, 88 na minutę.

Język obłożony, wilgotny; ruchy języka prawidłowe. Brzuch miernie wzdęty, nie bolesny. W jelitach mierna ilość kału i gazów. Wątroba i śledziona nieznacznie powiększone, niebolesne. Stolec zaparty.

Pęcherz moczowy sięga na kilka centymetrów powyżej spojenia łonowego, wypełniony moczem w miernej ilości; za uciskiem tkliwy. Oddawanie moczu nieco utrudnione. Badanie moczu, dokonane w pracowni Chemii lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego, wykazuje: C. g. 1021; przezroczystość jasna, barwa winno-żółta; odczyn kwaśny; osad w ilości zwiększonej. Urochrom zwiększony; indykan zwiększony, mocznik prawidłowy; kwas moczowy zwiększony, chlorki prawidłowe; fosforany ziem alkalicznych zmniejszone; fosforany potasowców zwiększone; białka 0.005%. Badanie drobnowidowe osadu wykazuje: krwinki czerwone skąpe, śluz w ilości zwiększonej, cylindroidy śluzowe obfite.

Świadomość chorego zupełnie utrzymana; bezsenność. Źrenice równe, oddziałują prawidłowo na światło i akomodacyę. Czucie dotyku na całem ciele, a zwłaszcza na kończynach dolnych, upośledzone. Chory nie odróżnia ukłucia od dotyku, nie odróżnia należycie ciepłoty, jak również objawia opóźnione znacznie przewodnictwo czucia, t. j. ukłucie odczuwa jako dotyk tępem narzędziem dopiero po pewnym czasie. Odruchu Babińskiego brak; odruchy kolanowe, stopowe, skórne na kończynach dolnych upośledzone, prawie zniesione. Chory doznaje od 2 dni utrudnienia w chodzie; chodzi jednak o własnej mocy.

17/9. Ciepłota ciała: rano 36.1° C, wieczorem 37.6° C; tętno 100, miękkie, regularne. Kręgosłup za dotykiem niebolesny; zmian nie okazuje. Bezsenność; przytomność utrzymana zupełnie. Liczba oddechów 36. Brak zmian w narządach wewnętrznych. Brzuch miernie wzdęty. Mocz oddaje chory z trudnością, a stolec mimowolnie. Niedowład kończyn dolnych postępuje; chory nie może o własnej mocy stanąć i przejść kilku kroków.

18/9. Ciepłota ranna 37° C; wieczorem 37.4° C. Tętno 132, miękkie, drobne, regularne; liczba oddechów 36. Uczucie ogólnego niepokoju; utrudnienie oddawania moczu, a mimowolne oddawanie kału. Świadomość zupełnie utrzymana. Obie kończyny dolne w stanie zupełnego wiotkiego porażenia. Chory nie może usiąść i podnieść się w łóżku.

19/9. Stan taki sam, tylko można zauważyć już i częściowy niedowład kończyn górnych, tak iż chory musi być karmiony. Liczba oddechów 36; tętno 132, miękkie, drobne. Ciepłota ciała ranna 37.4° C. a wieczorem 38.4° C. Język wilgotny; ruchy języka i połykanie prawidłowe. Mierna puchlina brzucha; obrzęk nóg.

Wśród postępującego porażenia dalszych mięśni tułowia i powłok brzusznych i duszności, chory umiera nagle nad ranem przy utrzymanej świadomości.

Rozpoznanie kliniczne wahało się między ostrem zapaleniem rdzenia kręgowego w części piersiowej, a ostrem porażeniem wstępującem Landry-Kussmaula. Pomimo zaprzeczenia ze strony chorego przebytej kiły, podano wewnętrznie jodek potasu z kofeiną. Sekcya wykonana została w dniu 20/9 w Zakładzie anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, a protokół oględzin pośmiertnych pokrótce opiewa:

Caries gangraenosa corporis vertebrae V. dorsalis ss. meningitide spinali ichorosa circumscripta et myelitide e compressione. Perforatio parietis posterioris oesophagi. Gastroenterocatarrhus chronicus exacerbans. Gumma ossis occipitalis. Ascites. Anasarca.

Budowa i odżywienie dobre. Skóra blada; na goleniach powierzchowne blizny; w tkance podskórnej na goleniach mierny obrzęk surowiczy. Kości, stawy, mięśnie i naczynia obwodowe bez zmian. Na wewnętrznej stronie kości potylicznej widoczny guzek wielkości fasoli, pomiędzy oponą twardą a kością, wrastający w samą kość, która w tem miejscu jest głęboko nadżarta i o powierzchni nierównej, chropowatej, wypełnionej tkanką guzka. Naokoło guzka wytworzył się wał ze zbitej tkanki kostnej. Guzek na przekroju okazuje barwę białawo-żółtą, suchy, dość twardy. Opona w sąsiedztwie ściśle z kością zrośnięta. Guzek nie przechodzi poza oponę twardą; zresztą opony mózgowe prawidłowe. Mózg prawidłowej zbitości, miernie ukrwiony. Komórki mózgowe prawidłowo szerokie, wyściółka ich gładka. Móżdżek, most, rdzeń prawidłowe, bez zmian.

W śródpiersiu tylnem w tkance okołoprzełykowej na wysokości 5-go kręgu piersiowego znajduje się jama, wypełniona cieczą brudną, cuchnącą ze strzępkami tkanek martwych. Jama odpowiada umiejscowieniem okolicy zniszczonego trzonu 5-go kręgu piersiowego tak, iż na tylnej jej ścianie wyczuwa się opony i rdzeń. Resztki trzonu kręgowego pozbawione są okostnej, okazują powierzchnię nierówną, podziurawioną, brudno-zielonkawo zabarwioną. Rdzeń piersiowy w miejscu zniszczonego trzonu kręgowego wyraźnie rozmiękły; opona twarda i miękka przesiąkłe brudno-zielonkawą cieczą cuchnącą. Jama ta ku przodowi komunikuje przez otwór wielkości halerza o brzegach nierównych, strzępiastych, na tylnej ścianie przełyku ze światłem tegoż. Cała jama otoczona jest naokoło tkanką zbitą, twardą, jakby torebką włóknistą; w jej otoczeniu bardzo ściśłe i rozległe zrosty.

Śródpiersie przednie, jamy opłucne, miąższ płucny bez zmian.

Osierdzie, mięsień sercowy bez zmian. Naczynia wieńcowe serca ziejące, o ścianach niejednostajnie zgrubiałych. Tętnica główna okazuje dość liczne zgrubienia miażdżycowe na błonie wewnętrznej.

Jama brzuszna zawiera sporą ilość cieczy jasnej ze skąpymi skrzepami. Otrzewna nieco silniej nastrzykana. Ułożenie trzew prawidłowe. Wątroba o brzegu zaokrąglonym; na rozkroju wyraźnie żółto zabarwiona, o zatartym rysunku. Śledziona prawidłowa.

Nerki wielkości prawidłowej; zbitość miąższu prawidłowa. Na powierzchni rozrzucone dość liczne pozaciągania ciemno-czerwone, miejscami dość głęboko drążące; zresztą powierzchnia nerek gładka, torebka tylko w miejscu zaciągnięć silniej przylega. Odgraniczenie istoty korowej od rdzennej wyraźne.

Jak widzimy, przyczynę choroby, jak i zejścia śmiertelnego w danym przypadku stanowiła kiła. Oględziny pośmiertne stwierdziły nieznaczny kilak na wewnętrznej powierzchni kości potylicznej, a głównie sprawę kiłową, toczącą się w tylnem śródpiersiu w okolicy trzonu 5-go kręgu piersiowego, która w następstwie wywołała zniszczenie trzonu kręgowego, zmiany chorobowe na sąsiednich opo-

nach rdzenia kręgowego i w samym rdzeniu, tudzież przebicie tylnej ściany przełyku; zresztą brak innych zmian kiłowych w narządach wewnętrznych. Nie ulega wątpliwości, iż sprawa kiłowa w tylnem śródpiersiu toczyła się powoli od dłuższego czasu wśród tak nieznacznych objawów chorobowych przedmiotowych i podmiotowych, iż lekarz ordynujący nie mógł im przypisywać donioślejszego znaczenia, i dopiero w ostatnich 6 dniach z chwilą zajęcia rdzenia kręgowego sprawa chorobowa przybrała nagle przebieg groźny i śmiertelny. Wskutek bardzo powolnego zrazu rozwoju kiły i wytworzenia się zbitej tkanki włóknistej w sąsiedztwie kilaka, nie można było za życia wykryć zmian chorobowych w kręgosłupie pomimo tak znacznego zniszczenia trzonu 5-go kręgu piersiowego, gdyż ta zbita tkanka włóknista, naokoło wytworzona, wyrównywała poniekąd brak kręgu i zapobiegała powstaniu następowych zboczeń kręgosłupa. Okoliczność ta też tłómaczy, dlaczego chory aż do ostatnich 6 dni przed śmiercią mógł chodzić, nie doznając znaczniejszych dolegliwości.

Niemniej na uwagę zasługuje i przebieg kliniczny. Według bliższych wywiadów chory czuł się wcale dobrze i dopiero na 6 dni przed zejściem śmiertelnem zauważył trętwienie najpierw w prawej, a potem w lewej stopie, a następnie częściowy niedowład kończyn dolnych, który po trzech dniach przeszedł w stan wiotkiego porażenia. W ostatnich 3 dniach spostrzegania szpitalnego zauważono gwałtowne postępowanie porażenia mięśni w kierunku dośrodkowym, przyczem kolejno zajęte były mięśnie tułowia, brzucha i kończyn górnych przy zupełnie utrzymanej świadomości. W ostatnich 3 dniach wystąpiły też i objawy częściowej niedomogi mięśni pęcherza moczowego i odbytnicy, co się objawiło utrudnionem oddawaniem moczu i mimowolnem oddawaniem stolca. Ciepłota ciała w czasie pobytu w szpitalu wahała się od 36.4° C. do 37.6° C. i tylko raz przed samą śmiercią doszła do 38.4° C. Brak wszelkich zaburzeń odżywienia; odruchy kolanowe, stopowe, skórne zniesione; brak odruchu Babińskiego; upośledzenie czucia. Wogóle całokształt objawów klinicznych przemawiał w znacznej części za porażeniem ostrem wstępującem Landry-Kussmaula (czucia elekrycznego nie zdołano zbadać z powodu zbyt szybkiego zejścia śmiertelnego), i tylko zaburzenia ze strony pęcherza moczowego i odbytnicy, aczkolwiek schyłkowe, wskazywały na sprawę ostrą, toczącą się w rdzeniu kręgowym. Dopiero oględziny pośmiertne rzecz bliżej wyjaśniły.

Wpływ kąpieli gazowych mineralnych na krążenie krwi.

Podał

Dr Witold Skórczewski

z Krynicy.

(Ciąg dalszy).

Doświadczenia nad zachowaniem się krążenia podczas kąpieli bezwodnikowej nie miałyby należytej wartości, gdyby nie wykonano doświadczeń porównawczych z kąpielami z wody zwykłej. Dlatego wybrawszy 10 zdrowych mężczyzn w wieku od 16. do 49. lat, wykonałem u każdego z nich 6 doświadczeń, i to po 3 w kąpieli wodnej i mineralnej w ciepłotach 24° R, 27° R i 30° R. Kąpiel bowiem 27° uważają ogólnie za kąpiel obojętną dla ustroju, 24° za chłodną, a 30° za ciepłą. Podczas kąpieli ciepłota wody ani nie podnosiła się znaczniej, ani nie opadała. Ciepłot jeszcze wyższych nie stosowałem, ponieważ obecnie takich kąpieli nie stosuje się u chorych.

Doświadczenia wykonywałem w godzinach rannych od 7—9., zazwyczaj na czczo w jednej i tej samej łazience. Polegały one na mierzeniu ciśnienia krwi przyrządem H. Recklinghausena, przyczem oznaczano najpierw ciśnienie palpacyjne, następnie dwukrotnie palpacyjne i oscylacyjne przed kąpielą, z początkiem kąpieli, z końcem kąpieli i po kąpieli, jakoteż niekiedy w pewien czas po kąpieli. Równocześnie przed kąpielą, w czasie kąpieli i po kąpieli zdejmowałem krzywą tętna i oddechów poligrafem Jaqueta. Czas kąpieli wynosił od 10—15 minut, zależnie od długości doświadczeń. Z otrzymanych wyników mierzenia ciśnienia obliczałem średnią w każdem z poszczególnych mierzeń, a z krzywych po sprawdzeniu czasomierza poligrafu obliczałem ilość tętna i oddechów. (Tabl. I.).

Podczas kąpieli mineralnej pojawia się stale bez względu na ciepłotę, czy to 24, 27, czy 30° R, wybitne zaczerwienienie skóry, zależne od działania na skórze osiadłych baniek bezwodnika węglowego. Zaczerwienienie to przy kąpieli cieplejszej jest silniejsze. Wyraźne jest już ono po kilku minutach kąpieli i zwiększa się aż do końca kąpieli; po kąpieli utrzymuje się przez czas jakiś, poczem naczynia ulegają zwężeniu, a skóra przybiera zabarwienie prawidłowe. Przy kąpielach wodnych, nieznaczne, ledwo spostrzedz się dające zaczerwienienie występuje przy kąpieli o 30° R, przy kąpielach o 24 i 27° skóra ma barwę białą, nieco kredową, zależną od zwężenia naczyń obwodowych.

Pod wpływem strumienia bezwodnika węglowego stwierdził mój ojciec Bolesław Skórczewski, rozszerzenie naczyń tętniczych, a zwężenie żylnych i przyspieszenie krążenia na uchu królika i języku żaby. Doświadczenia te ilustrują działanie tego gazu na skórę ludzką. Na jego wessalność zwraca uwagę w ostatnich czasach Winternitz i przypisuje jej niemałe znaczenie.

Przy pomiarach ciśnienia jednym z pierwszych warunków otrzymywania pewnych wyników jest wykonywanie poszczególnych mierzeń w tem samem położeniu osobnika. I tak, jak załączona tablica II. wskazuje, jest wysokość otrzymanego ciśnienia zależna od wysokości położenia mierzonego na ręce tętna w stosunku do narządu, wypychającego krew, i to, im wyżej ponad sercem leży mierzone tętno, tem niższy jest otrzymany pomiar ciśnienia. W załączonej tablicy przy 30 cm wysokości tętna ponad sercem obniżenie ciśnienia wynosiło średnio 10 cm^3 słupa wody.

Przy moich pomiarach, ponieważ z konieczności musiałem manipulować na brzegu wanny, poziom badanego tętna stale znajdować się musiał około 10 cm powyżej serca.

TABLICA I.

		24° R. kąpiele wodne					27° R. kąpiele wodne					30° R. kąpiele wodne					24° R. kąpiele mineralne					27° R. kąpiele mineralne					30° R. kąpiele mineralne				
		ciśnienie palpa-tor.	ciśnienie rozkur. oscylacyjne	ciśnienie skurcz. oscylacyjne	liczba tętna	liczba oddechów	ciśnienie palpa-tor.	ciśnienie rozkur. oscylacyjne	ciśnienie skurcz. oscylacyjne	liczba tętna	liczba oddechów	ciśnienie palpa-tor.	ciśnienie rozkur. oscylacyjne	ciśnienie skurcz. oscylacyjne	liczba tętna	liczba oddechów	ciśnienie palpa-tor.	ciśnienie rozkur. oscylacyjne	ciśnienie skurcz. oscylacyjne	liczba tętna	liczba oddechów	ciśnienie palpa-tor.	ciśnienie rozkur. oscylacyjne	ciśnienie skurcz. oscylacyjne	liczba tętna	liczba oddechów	ciśnienie palpa-tor.	ciśnienie rozkur. oscylacyjne	ciśnienie skurcz. oscylacyjne	liczba tętna	liczba oddechów
	przed kąpielą	150	105	170	84	16	140	104	160	84	17	133	90	158	74	15	140	90	166	80	16	153	85	185	88	19	150	80	163	74	16
K. S.	z pocz. kąpieli	132	80	140	—	—	127	70	138	—	—	93	50	140	—	—	140	83	172	—	—	144	84	176	—	—	125	55	158	—	—
	z końcem	125	80	140	81	10	107	70	135	80	15	110	60	140	74	16	129	67	157	72	16	139	69	163	90	22	107	60	155	77	16
l. 16	po kąpieli	143	105	105	80	16	140	103	160	78	14	140	85	152	82	14	150	90	175	73	14	145	72	163	76	16	138	90	165	80	23
	w 1/2 godz. po	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	przed kąpielą	140	90	163	88	16	135	90	170	80	16	140	80	160	80	16	130	90	170	78	18	143	89	183	70	20	135	70	155	82	16
S. P.	z pocz. kąpieli	139	85	157	—	—	145	80	165	—	—	120	60	140	—	—	145	68	175	—	—	143	83	163	—	—	119	73	147	—	—
	z końcem	130	?	?	80	18	137	83	170	80	16	123	60	150	86	16	130	68	153	78	18	135	68	150	66	17	117	66	144	86	16
l. 18	po kąpieli	140	83	160	68	16	140	75	170	73	16	143	60	160	72	16	154	80	180	68	10	143	80	161	56	18	137	80	160	74	16
	w 1/2 godz. po	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	138	70	180	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	przed kąpielą	123	90	150	61	15	131	90	180	68	19	124	85	160	70	19	130	90	151	66	20	148	83	170	62	22	126	78	160	70	27
P. B.	z pocz. kąpieli	120	?	?	—	—	128	83	170	—	—	110	80	160	—	—	120	83	151	—	—	138	77	151	—	—	120	65	173	—	—
	z końcem	112	50	160	59	23	117	80	165	64	18	100	67	150	71	17	108	65	135	63	12	118	79	140	65	22	107	60	163	76	18
l. 24	po kąpieli	118	80	150	66	18	123	85	170	64	17	120	84	160	74	20	118	70	150	62	22	140	80	163	63	21	113	65	170	74	16
	w 1/2 godz. po	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	124	80	145	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	76	—
	przed kąpielą	127	83	140	84	8½	130	80	155	80	12	145	83	160	81	9	144	80	180	85	10	145	95	177	84	12	140	90	180	84	10
S. Ł.	z pocz. kąpieli	128	85	145	—	—	130	75	160	—	—	133	78	155	—	—	150	80	170	—	—	155	87	170	—	—	126	83	180	—	—
	z końcem	126	80	150	76	7	125	75	165	82	9	120	73	150	79	8	140	66	160	78	7	140	82	170	82	9	100	78	180	90	9
l. 25.	po kąpieli	123	80	140	68	6	130	80	140	70	8	140	90	163	78	10	150	80	166	76	5	150	89	166	74	10	120	80	180	78	11
	w 1/2 godz. po	—	—	—	—	—	130	88	165	—	—	—	—	—	—	—	142	80	170	—	—	—	—	—	—	—	132	85	175	—	—
	przed kąpielą	130	88	140	76	8	133	80	140	74	8	140	95	144	74	7	145	90	150	62	10	141	110	178	68	10	125	80	150	70	8
J. M.	z pocz. kąpieli	130	78	145	—	—	131	78	135	—	—	127	70	135	—	—	128	78	147	—	—	133	95	157	—	—	125	68	143	—	—
	z końcem	108	78	140	70	5½	124	78	125	65	8	121	75	125	76	6	130	80	135	55	9	130	83	150	64	12	121	70	140	70	6
l. 27	po kąpieli	135	90	140	70	7	134	85	138	74	7	136	97	137	72	10	137	88	143	52	8½	140	88	105	—	—	130	75	149	66	9
	w 1/2 godz. po	126	90	143	—	—	—	—	—	—	—	130	90	140	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	122	92	140	—	—
	przed kąpielą	138	85	163	73	18	130	90	170	76	16	132	80	168	68	16	131	83	164	63	13	140	84	159	62	16	139	78	165	64	15
T. S.	z pocz. kąpieli	142	80	160	—	—	130	90	155	—	—	122	65	160	—	—	135	79	169	—	—	137	81	168	—	—	127	75	155	—	—
	z końcem	140	78	156	66	17	122	80	143	69	15	113	69	155	66	12	123	75	160	57	15	122	70	145	60	16	119	75	143	64	15
l. 28	po kąpieli	143	85	170	64	16	133	85	170	66	14	140	78	170	64	18	140	82	160	54	16	145	87	160	53	11	136	83	160	63	15
	w 1/2 godz. po	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	147	90	170	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	przed kąpielą	130	81	160	68	15	138	100	163	70	18	140	90	158	64	15	135	80	168	74	15	145	93	173	65	19	133	88	160	66	12
J. T.	z pocz. kąpieli	149	88	160	—	—	140	91	160	—	—	143	80	156	—	—	150	95	170	—	—	150	93	183	—	—	131	79	150	—	—
	z końcem	129	79	143	66	17	135	85	160	68	16	135	80	150	68	15	144	89	165	64	14	143	75	170	70	15	108	70	139	68	14
l. 28	po kąpieli	129	77	?	63	20	138	101	105	68	17	140	85	160	64	20	156	103	163	70	15	135	70	170	62	15	119	78	138	64	14
	w 1/2 godz. po	138	88	156	65	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	150	103	168	—	—	—	—	—	—	—	136	88	[illegible]	65	—
	przed kąpielą	130	88	150	68	20	130	85	150	66	14	140	88	165	71	18	125	82	153	78	12	157	100	175	76	19	126	83	155	68	14
J. R.	z pocz. kąpieli	113	65	140	—	—	116	70	140	—	—	100	53	138	—	—	113	73	144	—	—	140	85	170	—	—	117	75	133	—	—
	z końcem	108	68	130	68	13	120	75	140	63	13	115	60	140	70	16	111	70	140	74	11	135	85	160	76	20	111	66	133	68	12
l. 33	po kąpieli	120	80	140	64	18	130	85	140	64	16	130	85	150	73	14	120	76	144	75	14	150	93	163	72	14	119	80	150	66	13
	w 1/2 godz. po	—	—	—	—	—	128	80	148	—	—	130	88	150	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	122	87	157	69	—

B. K. l. 49	przed kąpielą	135	100	150	76	19	140	100	100	79	20	147	103	103	78	22
	z pocz. kąpieli	133	90	150	—	—	142	98	151	—	—	110	80	140	—	—
	z końcem	130	90	150	70	17	129	90	145	74	21	95	80	125	74	18
	po kąpieli	140	100	150	70	15	147	105	165	74	11	140	95	160	74	16
	w ½ godz. po	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
M. I. l. 49	przed kąpielą	140	90	159	65	20	144	88	160	65	14	140	86	160	72	17
	z pocz. kąpieli	143	90	160	—	—	132	70	155	—	—	133	75	155	—	—
	z końcem	140	90	150	60	20	133	70	150	61	17	122	75	150	70	18
	po kąpieli	145	90	155	59	20	145	83	160	61	16	135	90	158	69	18
	w ½ godz. po	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Średnia	przed kąpielą	134·3	90	154·5	74·3	15·5	135·1	90·7	160·8	74·2	15·4	138·1	88	159·6	73·2	15·4
	z pocz. kąpieli	132·6	82·3	135·7	—	—	132·1	80·5	152·9	—	—	119·1	69·1	147·9	—	—
	z końcem	124·8	77	131·9	69·6	15·3	124·9	78·0	149·8	70·6	14·8	115·4	69·9	143·5	73·4	14·2
	po kąpieli	133·6	87	137	67·2	15·2	130	88·7	157·8	69·8	13·6	130·4	84·9	157	72·2	15·6
	w ½ godz. po	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Różnice	przed kąpielą	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	z pocz. kąpieli	−1·7	−7·7	−18·8	—	—	−3	−10·2	−7·9	—	—	−19	−18·9	−11·7	—	—
	z końcem	−9·5	−13	−22·6	−4·7	−0·2	−10·2	−12·1	−11	−3·6	−0·6	−22·7	−18·1	−10·1	+0·2	−1·2
	po kąpieli	−0·7	−3	−17·5	−7·1	−0·3	+0·9	−2·0	−3	−5·4	−1·8	−1·7	−3·1	−2·6	−1·0	+0·2
	w ½ godz. po	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Różnice po dodaniu poprawki	z pocz. kąpieli	+5·3	−1·7	−9·8			+4·7	−4·2	+1·1			−11·3	−12·9	−2·7		
	z końcem	−2·5	−7	−13·6			−2·5	−6	−4			−15·2	−12·1	−7·1		

B. K. l. 49	przed kąpielą	170	120	200	80	21	172	106	212	82	22	150	100	175	75	20
	z pocz. kąpieli	160	100	193	—	—	188	115	205	—	—	145	101	150	—	—
	z końcem	157	100	181	77	19	175	110	180	78	20	130	90	150	72	16
	po kąpieli	161	111	186	—	—	180	110	210	72	22	140	105	153	68	17
	w ½ godz. po	165	118	188	74	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
M. I. l. 49	przed kąpielą	160	100	175	66	17	160	65	208	66	—	140	80	180	78	19
	z pocz. kąpieli	158	91	174	1	—	155	68	185	—	—	143	85	188	—	—
	z końcem	145	96	161	62	17	150	95	178	60	23	118	70	158	78	20
	po kąpieli	160	90	168	54	14	150	95	190	—	—	130	85	175	76	18
	w ½ godz. po	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	148	84	176	—	—
Średnia	przed kąpielą	141·6	90·5	167·7	73·2	15·2	150·4	91	182	72·3	17·6	136·4	83·3	164·3	72·9	15·7
	z pocz. kąpieli	139·9	83	166·5	—	—	148·3	86·8	172·8	—	—	127·8	75·9	157·7	—	—
	z końcem	131·7	77·6	154·7	68·6	13·8	138·7	81·6	160·6	71·1	17·6	114·1	70·5	150·5	74·9	14·2
	po kąpieli	144·6	87	163·5	65·2	13	147·8	86·4	171·1	66	15·8	128·2	82·1	160	70·9	15·2
	w ½ godz. po	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Różnice	przed kąpielą	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	z pocz. kąpieli	−1·7	−7·5	−1·2	—	—	−2·1	−4·2	−9·2	—	—	−8·6	−7·4	−6·6	—	—
	z końcem	−9·9	−12·9	−13	−4·6	−1·4	−11·7	−9·4	−21·4	−1·2	±0	−22·3	−12·8	−13·8	+2	−1·5
	po kąpieli	+3·3	−3·5	−4·2	−8	−2·2	−2·6	−4·6	−10·9	−6·3	−1·8	−8·3	−1·2	−4·3	−2	−0·5
	w ½ godz. po	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	−4·4	—	—	—	—
Różnice po dodaniu poprawki	z pocz. kąpieli	+6	−1·5	+7·8			+5·6	+1·8	−0·2			−0·9	−1·4	+2·4		
	z końcem	−2·2	−6·9	−4			−4	−3·4	−12·4			−14·6	−6·8	−4·8		

Pomiary ciśnienia, liczby tętna i oddechów w kąpielach wodnych i mineralnych 24°, 27° i 30° R.
Poprawka do dodania podczas kąpieli wynosi dla ciśn. palpat. 7·7 cm dla rozkurcz. oscyl. 6 cm, dla skurczów. oscyl. 9 cm sł. wody.

TABLICA II.

	Na wysokości serca			30 cm. powyżej serca			30 cm. poniżej serca			Po pomiarach
	ciśnienie skurcz. palpatoryczne	ciśn. rozkurcz. palpatoryczne	ciśnienie skurcz. oscylacyjne	ciśnienie skurcz. palpatoryczne	ciśn. rozkurcz. oscylacyjne	cjśnienie skurcz. oscylacyjne	ciśnienie skurcz. palpatoryczne	ciśn. rozkurcz. oscylacyjne	ciśnienie skurcz. oscylacyjne	ciśnienie skurcz. palpatoryczne
Dr R. l. 26	170	115	180	155	?	?	158	?	?	158
G. l. 24	135	90	150	125	70	140	135	85	150	120
L. l. 29	130	100	150	125	?	?	120	?	?	125
W. l. 24	140	100	150	140	?	?	140	?	?	145
M. l. 23	135	100	150	120	—	—	140	100	150	130
K. l. 23	140	100	160	140	100	150	150	110	160	140
Dr N. l. 24	150	90	165	147	80	160	150	90	170	150
J. J l. 53	140	80	140	115	—	—	130	—	—	120
M. S. l. 47	120	75	130	110	—	—	120	—	—	120
J. T. l. 42	150	100	160	135	95	—	150	110	160	150
Średnie:	141	95	154·5	131	86·2	150	139·3	99	158	135·8

Pomiary ciśnienia krwi przy stole na rozmaitych wysokościach ustawionej ręki.

(C. d. n.)

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Chirurgia ogólna.

(Znieczulanie).

Hörmann. **Doświadczenia nad uśpieniem przy sztucznie zmniejszonem krążeniu.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 42). Podane przez Klappa usypianie przy sztucznie zmniejszonem krążeniu przez zawijanie kończyn stosuje się obecnie w klinice Döderleina ze skutkiem bardzo korzystnym. Uśpienia, wykonywane przy pomocy automatu Roth-Drägera, wykazują, że zaoszczędza się przytem bardzo środka usypiającego, bo prawie połowę chloroformu, a $^1/_3$ eteru. Chore budzą się po operacyi po odwiązaniu kończyn znacznie szybciej, bo zwykle w 5 minut, gdy przy uśpieniu zwykłem dopiero w 15—30 minut. Podwiązywanie kończyn, nawet długo trwające, nie pociąga za sobą żadnych powikłań. Unikać tylko należy tego sposobu przy rozległych żylakach. W razie ustania oddechu szybkie odwiązanie kończyn działa wybitnie cucąco. Wobec tych wybitnych zalet, uśpienie przy zmniejszonem krążeniu uznać należy za wybitny postęp w sposobach usypiania. K.

Prof. Burkhardt. **O śródżylnem uśpieniu chloroformowem.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 33). Jak wiadomo, przy uśpieniu chloroformowem chloroform przechodzi z płuc do krwi, a stąd do mózgu, i wiążąc się z lipoidami wywołuje uśpienie. Łatwo zrozumieć, że byłoby to połączone z wielką korzyścią, gdybyśmy mogli omijać płuca i doprowadzać narkotyk wprost do krwi. Przedewszystkiem bylibyśmy panami uśpienia, bo moglibyśmy do-

kładnie dawkować narkotyk, a przez to go zaoszczędzać i unikać podrażnienia płuc i serca. Celem rozwiązania tej sprawy przeprowadził B. najpierw doświadczenia na kotach, psach i królikach. Doprowadzać chloroformu w postaci gazu do krwi nie można, gdyż występują zatory powietrzne. Również nie można wprowadzać do krwi czystego chloroformu. Natomiast nadają się do tego znakomicie wysycone rozczyny wodne (a raczej w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej). W rozczynie takim na 100 cm³ wypada 0·63 cm³ chloroformu. Rozczyn powinien być całkiem przeźroczysty. Płyn ten wprowadzał B. zwierzętom do odsłoniętej żyły szyjnej zapomocą zamykanego na kurek przyrządu, aby każdej chwili dopływ wstrzymywać lub wywoływać. Wodę chloroformową wprowadzać należy bardzo wolno. Z początku zwierzęta bronią się (co odpowiada okresowi podniecenia), lecz w przeciągu 5—10 minut zapadają w głębokie uśpienie. Wtedy przerywa się wlewanie i ponawia je dopiero po jednej do kilku minut, gdy odruchy, a zwłaszcza rogówkowy, powrócą. Przez powtarzanie tych manipulacyi można zwierzęta utrzymać w spokojnem uśpieniu bardzo długo bez szkody. Obudzenie następuje szybko. Z powikłań wspomnieć należy o przemijającym białkomoczu i krwiomoczu i wałeczkach. U kotów, zresztą bardzo, jak wiadomo, wrażliwych na chloroform, zużyć trzeba do uśpienia 0,3—0,75 cm³ chloroformu, a za każdym razem wśród uśpienia 0,04—0,09, u królików 0,56—0,85, potem 0,04—0,06, u psa 4·72, potem 0,2 cm³. Ogółem u kotów i królików do uśpienia godzinnego zużywa się do 1·8 cm³ chloroformu, u psa do 6·3 cm³. Zwykle $^1/_{10}$—$^1/_{20}$ ilości rozczynu, zużytego do głębokiego uśpienia, wystarcza potem za każdym razem do zniesienia powracających odruchów. We krwi tętniczej podczas uśpienia wykazać można 0,0415% chloroformu. Pohl przy uśpieniu przez płuca wykazał prawie te same ilości, bo 0,015—0,043%. Podobnie i ilość chloroformu w innych narządach podczas śródżylnego uśpienia jest prawie taka sama, jak przy usypianiu wdechowem. Większa część chloroformu przy uśpieniu śródżylnem wydziela się zaraz przez płuca. Przez szybkie wlewanie możnaby oczywiście znacznie szybciej wywołać uśpienie, ale zachodzi tu obawa, że moglibyśmy wprowadzić naraz za dużo narkotyku; lepiej więc postępować zwolna, ale znów nie za wolno, bo przez to do wywołania głębokiego uśpienia zużywa się za dużo chloroformu.

Zachęcony temi próbami przystąpił B. do śródżylnego usypiania u ludzi. U 78-letniej kobiety (rak grzbietu ręki) po podaniu skopolamin-morfiny (co okazało się zbytecznem), odsłonięto w znieczuleniu miejscowem żyłę środkową przegubu łokciowego. Po wlaniu 300 cm³ niepokój i podrażnienie, lecz rychło, bo w 7 minut, głębokie uśpienie. Przerwanie wlewania. Po powrocie odruchu rogówki wlanie 40—50 cm³ rozczynu. Ogółem operacya trwała 30 minut, zużyto 1100 cm³ rozczynu. Żadnych następowych powikłań nie było. W drugim przypadku (40-letnia kobieta, gruczoły gruźlicze szyjne) wlanie 850 cm³; w 16 minut uśpienie, trwające 5 minut; potem za każdym razem po 10 cm. Operacya trwała godzinę i 10 minut. Zużyto 1980 cm rozczynu. Tętno i oddech cały czas dobre. Raz ruchy wymiotne. Obudzenie szybkie. W pierwszych 24 godzinach 2 razy wymioty. Natomiast w moczu hemoglobina, a w dalszych ślad białka i wałeczki. W 4 dni zmiany znikły. W trzecim przypadku (14 letnia dziewczyna, skrobanie kości piętowej) uśpienie 45 minut; zużyto 1200 cm³. Zupełnie bez powikłań. W 4. przypadku (13-letnia dziewczyna, operacya pletwy pachowej) po 18 minutach po wlaniu 400 cm³ głębokie uśpienie, potem za każdym razem po 30—40 cm³. Trwanie operacyi $1^1/_4$ godziny; ogółem wlano 950 cm³. W moczu pierwszym (w 6 godzin po operacyi) hemoglobina, wałeczki i białko. Trzeciego dnia mocz już prawidłowy. Zresztą bez powikłań.

Próby te dowodzą, że śródżylnie wywołać można zupełnie pewne i spokojne uśpienie, a jedynem powikłaniem są zmiany w moczu. Hemoglobinurya występuje tylko w pierwszym moczu, natomiast białko i wałeczki utrzymują się po kilka dni. Zaznaczyć tu należy, że i po uśpieniu wdechowem prawie w 33% spostrzega się białkomocz i wałeczki, utrzymujące się kilka dni. Hemoglobinurya pochodzi z rozpadu ciałek czerwonych. Ten rozpad da się w przybliżeniu nawet obliczyć. N. p. u królika 0,003—0,005 cm³ krwi po dodaniu 1 cm³ rozczynu w 7—10 minut ulega rozpuszczeniu. U człowieka więc 100 cm³ w 7—10 minut rozpuściłoby 5 cm³ krwi.

Sposób śródżylnego usypiania ma następujące zalety: 1) Da się dokładnie dawkować i przez to używa się znacznie mniej narkotyku. 2) Oszczędza się płuca i serce. 3) Nie potrzeba usypiać ciągle, lecz zawsze tylko w miarę potrzeby i to ilością znaną. 4) Budzenie się następuje bardzo szybko. 5) Uśpienie jest bardzo dogodne przy operacyach na twarzy i szyi, nie zawadza bowiem operatorowi. Podobnie nadaje się ono do operacyi pod zwiększonem ciśnieniem. 6) Podmiotowo dla chorych uśpienie to jest znacznie przyjemniejsze, albowiem odpada uczucie duszenia się i nudności i chorzy nawet nie wiedzą, kiedy zapadają w sen. — Odsłonięcie żyły w znieczuleniu miejscowem jest dziełem jednej chwili. Woda wprowadzona do ustroju działa zarazem krzepiąco. Natomiast w rachubę wchodzą jako zarzut przeciw temu uśpieniu zmiany moczu, choć występują one jedynie po długiem usypianiu i są przemijające. Klęsk.

Prof. Burkhardt. **Śródżylne uśpienie eterem i chloroformem.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 46). Już dawniej wykonał B. uśpienia śródżylne na ludziach zapomocą wody chloroformowej. Obecnie po przeprowadzeniu doświadczeń na zwierzętach przekonał się, że jeszcze lepiej do tego nadaje się 5% eter w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej. 33 uśpień u ludzi wodą eterową przebiegało bardzo dobrze i B. uważa ten sposób uśpienia za bardzo wygodny, tak dla lekarza, jak i dla chorego. Ilość środka usypiającego możemy dokładnie dawkować, omija się płuca, nie występują powikłania ze strony oddechu i serca, a wymioty i inne następowe zaburzenia zdarzają się po uśpieniu bardzo rzadko. Ilość płynu, którą się przytem zużywa, bywa bardzo różna i zależy od indywidualności. Można także usypiać śródżylnie naprzemian wodą chloroformową i eterową. Zużywa się przy tem mniej narkotyków, a uśpienie bywa głębsze. 5% woda eterowa nie wywołuje nigdy podrażnienia nerek (co zdarza się często po śródżylnem uśpieniu wodą chloroformową). U ludzi dorosłych i silnie zbudowanych dobrze jest wstrzyknąć przed uśpieniem skopolamino-morfinę. Okres podniecenia bywa zwykle przy uśpieniu śródżylnem bardzo krótki i nie dochodzi do wiadomości chorych. Uśpienie śródżylne eterem nie przedstawia żadnych niebezpieczeństw i może go dokonywać nawet osoba niewprawna pod okiem lekarza. K.

Ginekologia i położnictwo.

Schlichting. **Drgawki porodowe i stan powietrza** (Arch. f. Gyn. t. 89 z. II). Już dawno myślano o związku między klimatem, a występowaniem drgawek porodowych, a przecież pytanie to jeszcze dzisiaj nie jest rozstrzygnięte. Jedni stanowczo zaprzeczają, inni przyjmują możliwość takiego związku, inni wreszcie stanowczo za nim obstają, tłómacząc go wpływem wilgotnego powietrza na chore nerki lub ciepłego powietrza na wydzielanie się potu. Na podstawie dat statystycznych, odnoszących się do 263 przypadków drgawek porodowych w ciągu 5 lat i dokładnych wiadomości co do stanu powietrza w tym czasie, przekonał się autor, że przynajmniej co do Berlina nie można zaprzeczyć, iż pewne stany powietrza mają wpływ na częstość występowania rzucawki. I tak stwierdził autor największą ilość przypadków w dniach zimnych, obfitujących w opady (deszcz lub śnieg), wogóle w miesiącach wilgotnych, mglistych (wrzesień, październik, grudzień), oraz w lecie pod-

czas burz i w dniach gorących, parnych, pochmurnych (marzec, kwiecień, maj). Z powyższych 263 przypadków rzucawki przypada na te dni 220=84%, gdy na dni suche i słoneczne tylko 42=16%. Na czem ten związek polega, autor nie rozstrzyga, pozostawiając to dalszym badaniom.

E. Ehrenpreis.

L. Seitz. **Rzucawka, a gruczoły przytarczyczne.** (Arch. für Gyn. 89. I). Gdy w r. 1880 Sandström odkrył gruczoły przytarczyczne, nie zwrócono na nie uwagi, gdyż Sandström sam nie przypisywał im większego znaczenia fizyologicznego. Uczynił to dopiero Gley w r. 1891 i to na podstawie badań na różnych gatunkach zwierząt; u jednych następowało po wycięciu tarczycy charłactwo, u drugich nie; Gley jako przyczynę tego zjawiska podał stosunki anatomiczne gruczołów przytarczycznych, skutkiem których przy wycięciu tarczycy u pierwszych zwierząt bywały usuwane i one, u drugich zaś nie. Gley twierdził, że po wycięciu tarczycy gruczoły przytarczyczne obejmują zastępczo czynności gruczołu tarczowego. Vassale i Generali wykazali, że usunięcie wszystkich ciałek przytarczycznych wywołuje tężyczkę, przyczem usunięcie tarczycy jest rzeczą obojętną; bywa ono natomiast przyczyną przewlekłego charłactwa. Pineles zwrócił uwagę na inny obraz kliniczny przy niedokształceniu tarczycy, niż po jej wycięciu; przy niedokształceniu brak tężyczki. U zwierząt ciężarnych łatwiej wywołać tężyczkę. Vassale twierdzi, że także rzucawka porodowa polega na niedomodze gruczołów przytarczycznych. Opiera się on na doświadczeniach na zwierzętach. Jednakże Seitz sądzi, że Vassale niesłusznie łączy w jedno rzucawkę ciężarnych z tężyczką. Massaglia bowiem przy identycznych doświadczeniach na zwierzętach stwierdził, że zwierzęta, u których wycięto gruczoły przytarczyczne, nigdy przy drgawkach nie tracą przytomności, co stanowczo przemawia przeciw rzucawce. Dalej zwraca Seitz uwagę na różnicę usposobienia do kurczów u różnych zwierząt. Vassale opiera swą teoryę o rzucawce na badaniach gruczołów przytarczycznych z przypadków rzucawki. Stwierdził on znaczne przekrwienie tych gruczołów przy równoczesnem zmniejszeniu ilościowem komórek chromochłonnych i stąd wnosi, że niedostateczna czynność gruczołów przytarczycznych lub zupełny brak tej czynności bywają skutkiem niewykształcenia się jednego lub kilku gruczołów albo patologicznych ich zmian. Pierwszy punkt nie wytrzymuje krytyki ze względu na różną siedzibę gruczołów i trudność odszukania wszystkich. Co do drugiego, to wiadomą jest rzeczą, że wogóle w ciąży niektóre narządy przechodzą zmiany, uważane poniekąd za fizyologiczne, tak iż szczegół ten do rzucawki zastosować się nie daje. Vassale ogłasza wyniki leczenia rzucawki paratyreoidyną; jednakże stosował on ją tylko zapobiegawczo, a to sprawy nie rozstrzyga. Inni autorzy mieli dobre wyniki tylko w lekkich przypadkach rzucawki. Seitz nie widział żadnych dodatnich stron tego leczenia. Ze wszystkiego tego dochodzi Seitz do wniosków następujących: 1) Gruczoły przytarczyczne w ciąży są przekrwione, komórki chromochłonne w nich są liczniejsze i lepiej wykształcone. 2) Przy rzucawce zmniejsza się ilość komórek chromochłonnych, lub też zupełnie ich brak; jest to jednak zjawisko wtórne. 3) Inne zmiany tychże gruczołów w rzucawce, jak zwyrodnienie tłuszczowe, koloidowe i t. p., są przypadkowe lub oznaczają wzmożenie czynności fizyologicznej, a nigdy nie są w związku przyczynowym z rzucawką. 4) Ponieważ położenie gruczołów przytarczycznych jest bardzo zmienne i gruczoły te trudno nieraz odszukać, przeto nieznalezienie jednego lub kilku nie dowodzi jeszcze rzeczywistego ich braku, ani braku ich czynności. 5) Wycięcie gruczołów przytarczycznych wywołuje tężyczkę, a nie rzucawkę. 6) Paratyreoidyna nie jest środkiem swoistym przeciw rzucawce.

Morawski.

Bortz. **Nadnercza, a charakter płciowy.** (Arch. f. Gyn. 88. III). Gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu pozostają ze sobą w pewnym związku, jakkolwiek różnego są pochodzenia i jedne obejmują zastępczo czynności drugich. Fichera wykazał przerost przysadki mózgowej po wytrzebieniu, inni badacze wykazali związek między gruczołem tarczowym i nadnerczami, a gruczołami płciowymi. Opisano szereg przypadków rzekomego obojnactwa z przerostem nadnerczy. Autor opisuje przypadek, dotyczący 16-letniej dziewczyny, u której po roku miesiączkowania menstruacya ustała przy równoczesnym silnym męskim poroście włosów. Części płciowe żeńskie zupełnie prawidłowe, tylko jajniki zmniejszone. Osoba ta po roku z ubocznych przyczyn zmarła. Sekcya wykazała zanik jajników i nowotwór nadnerczy; jedno nadnercze wielkości pięści. Nowotwór tworzyły komórki nabłonkowate, przeważnie eozynochłonne wśród podłoża z naczyń włosowatych; tkanka łączna bardzo skąpa. Charakter nowotworu łagodny, gdyż wszystkie naczynia są wolne. B. przypuszcza, że guzy te poczęły wzrastać w chwili, gdy chora przestała miesiączkować. Nie ulega wątpliwości, że zachodził tu związek między tymi guzami, a zanikiem jajników, tylko istota tego związku nie jest dokładniej znana.

Morawski.

E. Clemenz. **Śródotrzewne operacye nowotworu, jako powikłania ciąży lub porodu.** (Arch. f. Gyn. t. 89, z. II.). Na podstawie 18 przypadków dochodzi autor do następujących wniosków: 1) Raki i wogóle nowotwory złośliwe, jako powikłania ciąży, należy operować o ile możności szybko i doszczętnie bez względu na zdolność życiową płodu; wyjątkowo tylko może się zdarzyć — i to w rozpaczliwych przypadkach raka, — że lekarz ulegnie wpływom rodziców, którzy sobie koniecznie i wyraźnie życzą mieć żywe dziecko, a ciężarna wyrazi gotowość poddania się cięciu cesarskiemu. 2) Niemniej wskazana jest operacya guzów jajnikowych w przebiegu ciąży. Tu jednak wybór czasu do operacyi zależy od jakości, wielkości i siedziby nowotworów, od dolegliwości, jakie one wywołują i od przeszkody, jaką stanowią dla prawidłowego rozwoju ciąży lub porodu donoszonego płodu. Zależnie od tych czynników można operacyę przesunąć aż do czasu, gdy płód jest już zdolny do życia zewnątrzmacicznego, względnie operować dopiero po porodzie. 3) Te same zasady dotyczą operacyi mięśniaków macicy. 4) Operować należy przy nowotworach złośliwych, gdzie idzie o zabieg doszczętny, zawsze drogą brzuszną, przy guzach jajnikowych lub mięśniakach drogą brzuszną lub pochwową, zależnie od charakteru, wielkości i siedziby guza. Zawsze należy jednak operować w takim czasie, aby blizna pooperacyjna mogła jeszcze przed porodem stwardnieć, a więc na 6—8 tygodni przed porodem. Przy operacyi należy unikać o ile możności przesuwania lub uszkodzenia macicy ciężarnej; a więc n. p. przy kolpotomii należy kulociągiem zahaczyć błonę śluzową sklepienia pochwy, a nie część pochwową.

E. Ehrenpreis.

Schallehn. **Odnowienie odpłyniętych wód płodowych według metody E. Bauera.** (Arch. für Gyn. t. 89, z. II.). Rozprawka S. dotyczy odnowienia przedwcześnie odpłyniętych wód, przez wprowadzenie do jamy macicy mniej więcej tej samej ilości wyjałowionego fizyologicznego rozczynu soli. Celem tego zabiegu jest ochrona płodu przed zaburzeniami w łożyskowem krążeniu krwi, a matki przed przewlekaniem się porodu i jego następstwami. Jakkolwiek metoda ta nie jest jeszcze dzisiaj rozpowszechniona, podano już liczne modele przyrządów, służących do wprowadzenia rozczynu soli do macicy; wszystkie opierają się na tej samej zasadzie: zwykły balon maciczny (metreurynter), przez którego całą długość (środkiem lub bardziej z boku) przechodzi przedziurawiająca go rura; druga boczna rurka służy do nadęcia balonu. Wprowadziwszy balon taki, silnie cygaretowo złożony, po dokładnem usunięciu powietrza z przebijającej go rury — do macicy i nadawszy następnie tak, aby jama macicy była zupełnie zamknięta i oddzielona od pochwy, wstrzykuje się przez rurę środkową powoli 500—700 gr ciepłego rozczynu fizyol.; zewnętrzny koniec rury zamyka się następnie

zaciskaczem, aby wody znowu nie odpływały. Balon pozostaje w macicy, dopóki ujście jej zupełnie się nie otworzy. Przypadki, w których metodę tę dotychczas stosowano (autor podaje 6 przypadków), dały wcale zadowalniające wyniki. Tony sercowe płodu szybko się poprawiały, skurcze macicy stawały się silne i częste, a nawet zauważono, że przy położeniach poprzecznych płód, odzyskawszy ruchomość, wracał w położenie podłużne. Obawy, aby wskutek ponownego wstrzyknięcia płynu i rozdęcia macicy nie nastąpiły krwotoki atoniczne lub przedwczesne odklejenie się łożyska, okazały się płonne. E. Ehrenpreis.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie z dn. 25 maja 1909

1) Eiger przedstawił preparaty żywych i barwionych **świdrowców Nagana,** będących czynnikiem przyczynowym w śpiączce afrykańskiej.

2) Karwacki przedstawił dwa preparaty **płynu mózgowordzeniowego,** zawierające ziarna i laseczki w leukocytach, barwiące się metodą Gabbeta i laseczki długości $1^1/_2$—2 μ poza leukocytami, barwiące się sposobem Giemsy. Postacie te uważa K. za **zmienione prątki gruźlicze.**

3) T. Kon przedstawił preparaty z przypadku **zgorzeli płuca** w przebiegu odry, zawierające liczne **krętki i prątki wrzecionowate.** Symbiozę taką opisywano w zgorzeli szpitalnej i »angina Vincenti«; w zgorzeli płuc jej nie spostrzegano.

4) Jastrzębski przedstawił **technikę badania drobnowidowego i hodowli grzybicy włosów.**

5) Kozerski przedstawił **przyrządy i tablice do dawkowania promieni Roentgena** w leczeniu chorób skórnych i powierzchownych nowotworów złośliwych.

6) Lubliner. **Wpływ ciąży na przebieg gruźlicy płuc i krtani.** Z 19 chorych, spostrzeganych przez prelegenta, 12 zmarło już w szpitalu, 6 opuściło szpital w stanie złym, a tylko u jednej stwierdzono polepszenie. Z 81 przypadków powikłania ciąży przez gruźlicę krtani i płuc, zebranych przez L. z piśmiennictwa, 60 zakończyło się śmiertelnie, poprawę opisano tylko w 3. Im wcześniej rozpocznie się podczas ciąży gruźlica krtani, tem zdaniem L. należy rokować gorzej. Natychmiast po stwierdzeniu pewnych objawów gruźlicy krtani należy, zdaniem L., przerwać ciążę, gdyż każdy dzień stanowi tutaj o życiu chorej. Natomiast w przypadkach ciężkich, daleko posuniętych, nie należy nawet próbować wywołać poronienia, bo ono tylko przyspieszyłoby i tak już bliską śmierć chorej. Z.

Z XVI międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Peszcie.

Sekcya położnicza i ginekologiczna.

Opracował **Dr Adolf Klęsk.**

Główne referaty w sekcyi położniczo-ginekologicznej Zjazdu były następujące: 1) Leczenie zakażenia połogowego. 2) Mięśniaki w stosunku do ciąży, porodu i połogu. 3) Uśpienie w położnictwie i ginekologii. 4) Ukończanie porodu przez szybkie rozszerzanie szyi. 5) Postępowanie przy miednicy ścieśnionej. 6) Wyniki trwałe po operacyi raka macicy. 7) Zapalenie wyrostka robaczkowego a schorzenia przydatków (wspólnie z sekcyą chirurgiczną i chorób wewnętrznych).

Pinard (Paryż): **Postępowanie przy zakażeniu połogowem.** Postępowanie lekarza podzielić tu można na dwie części: 1) zapobieganie wystąpieniu zakażenia, 2) leczenie zakażenia już wybuchłego. Zapobiegawczo postępuje P. już w ciąży w razie schorzeń pochwy, przestrzykując ją jodkiem rtęci (1: 4000) przed rozpoczęciem porodu, zwracając uwagę na czystość zewnętrznych części rodnych, a wreszcie i w porodzie. Zapobiegawczo poleca też P. wstrzykiwać 40 cm³ surowicy przeciwpaciorkowcowej. Przy zakażeniu stosuje P. energiczne śródmaciczne przestrzykiwania, ewentualnie wyskrobanie i wstrzykuje surowicę i to w ilościach znacznych (do 600 cm³).

Latzko (Wiedeń): **Chirurgiczne leczenie zakażenia połogowego.** L. zachęca do postępowania o ile możności operacyjnego, zwłaszcza przy zajęciu otrzewnej.

Barsowy (Peszt): **Leczenie zakażenia połogowego śródżylnemi wstrzykiwaniami sublimatu.** B. nie wierzy w skuteczność przestrzykiwań macicznych, przepłukuje tylko pochwę. Natomiast cenne usługi oddawały mu śródżylne wstrzykiwania sublimatu, które stosuje obecnie przed porodem i operacyami nawet zapobiegawczo (0,003).

Schmidlechner (Peszt) podaje statystykę zakażeń połogowych z kliniki Tauffera, z której wynika, że zakażenia występują w 2·88%, z czego w 1·67% w klinice. Operacye zwiększają znacznie prawdopodobieństwo zakażenia. Przy ogólnem zakażeniu leczenie miejscowe jest bezskuteczne, w razie zaś sprawy zapalnej w otoczeniu macicy nawet szkodliwe.

Martin (Berlin): **Stosunek mięśniaków do niepłodności.** M. zbija mniemanie, że obecność mięśniaków wywołuje niepłodność.

Schauta (Wiedeń): **Stosunek mięśniaków do porodu.** Mięśniak jako powikłanie porodowe spotyka się zwykle u starszych pierwiastek. Mięśniak usposabia do łożyska przodującego i do przyrastania łożyska. Przy mięśniakach powyżej wewnętrznego ujścia macicy należy zachować się wyczekująco. W razie potrzeby w pierwszym rzędzie wskazane jest wyłuszczenie drogą pochwową lub brzuszną wraz z rozwiązaniem przez pochwę albo też cięcie cesarskie z następowem całkowitem lub nadpochwowem wycięciem macicy.

Scipiades w przeciwieństwie do Martina udowadnia na materyale kliniki Tauffera, że mięśniaki wywołują bardzo często niepłodność. Naodwrót niepłodność usposabia do wytwarzania się mięśniaków.

Engström (Helsingfors): **Mięśniaki wśród połogu.** Śródścienne mięśniaki zmniejszają się zwykle wybitnie w połogu i dopiero po pewnym czasie zaczynają znowu rosnąć; niemniej jednak przeszkadzać one mogą zwijaniu się macicy i być przyczyną atonii, nieraz śmiertelnej. Podśluzowe mięśniaki wywołują nieraz wśród połogu groźne krwotoki. Najmniej niebezpieczne są mięśniaki podsurowicze.

Pozzi (Paryż): **Stosunek mięśniaków do ciąży.** Ciąża wpływa zwykle na wzrost mięśniaka lub też na zmiany jego, wywołując rozmięknienie tkanki, albo nawet zamianę w torbiel, nieraz ropienie lub zgorzel. Mięśniak znowu wywoływać może tyłozgięcie i uwięźnięcie macicy, co najczęściej zdarza się w 4. miesiącu ciąży. Poronienie występuje w 5—6%, porody przedwczesne częściej. Mięśniak w ciąży wymaga interwencyi w razie groźnych dla życia objawów, zwykle zaś należy doczekać końca ciąży i wtedy ewentualnie operować doszczętnie. Natomiast przerwanie ciąży uważa P. za przeciwwskazane.

Kroening (Fryburg): **Znieczulenie w ginekologii i położnictwie.** Znieczulenie rdzeniowe przy odpowiedniej technice uważa K. za sposób idealny. Radzi używać płynu izotonicznego z płynem mózgowo-rdzeniowym (c. g. poniżej 0,999 przy 38°) i nie wstrzykiwać ponad 0,07 stowainy. Uśpienie ogólne powinno się wykonywać zapomocą chloroformu z eterem, ewentualnie z dodatkiem skopolaminy, wstrzykniętej przedtem podskórnie. Samo zamroczenie skopolaminowo-morfinowe nadaje się znakomicie do porodów, co wypróbowano w klinice K. na 2000 przypadkach.

Gauss (Fryburg): **Wpływ zamroczenia skopolaminą na dziecko.** Wprawdzie skopolamina przechodzi do ustroju płodu i dzieci rodzą się w 6—10% z bezdechem, nie pozostawia to jednak żadnych trwałych skutków.

W dyskusyi poleca Zweifel kombinacyę znieczulenia kokainą ze zamroczeniem skopolaminą.

Tellheim przemawia za znieczuleniem rdzeniowem. Technika jest trudna; S. wtedy uważa asystenta za biegłego w wykonaniu znieczulenia rdzeniowego, gdy wykonał je najmniej 100 razy.

Calderini (Bolonia): **Ukończenie porodu przez szybkie rozszerzenie szyi macicznej.** C. poleca ten zabieg zamiast kleszczy przy zwężeniu miednicy i dużej główce, a także zamiast obrotu lub wymóżdżenia. Granica wskazana c. v. 70—900 mm. C. rozszerza swojem rozszerzadłem.

Van der Hoeven (Leyden) poleca zawsze wczesne przebijanie pęcherza płodowego. Przyśpiesza to znacznie poród i za-

pobiega wypadaniu pępowiny. C. przebija pęcherz w razie, gdy ujście jest rozwarte na 5 ctm, obecnie nawet przy porodach prawidłowych.

Baisch (Monachium): **Postępowanie przy miednicy ścieśnionej i trwałe wyniki po hebosteotomii.** Hebosteotomię poleca B. głównie przy ścieśnieniach średniego stopnia i u wieloródek, zresztą zaś przenosi cięcie cesarskie, gdyż hebosteotomia jest zabiegiem poważnym. Ginie przytem prawie 10% dzieci, a 2% matek (krwotoki, zakażenia, opadnięcie pochwy, przepukliny z rozszczepieniem kości i t. p.). Nie należy nigdy zostawiać matce do rozstrzygnięcia pytania, czy wykonać cięcie cesarskie, czy hebosteotomię.

Frank (Kolonia) poleca podane przez siebie nadłonowe cięcie cesarskie.

Bossi (Genua): **Szybkie rozszerzanie szyi.** B. omawia wskazania do szybkiego rozszerzania szyi i pokazuje swoje ulepszone narzędzie do tego zabiegu. Wskazaniami do rozszerzania szyi są: 1) płód chory lub obumarły, 2) stałe bóle przy poronieniu lub porodzie przedwczesnym, gdy inne sposoby zawodzą, albo przy gorączce, 3) łożysko przodujące, 4) anatomiczne zwężenia szyi, 5) groźny stan matki (gruźlica, wada serca, rak macicy i t. p.), 6) drgawki porodowe. Zdaniem B. zapomocą jego rozszerzadła może każdy lekarz, nawet na wsi, ukończyć każdy poród.

Winter (Królewiec): **Ukończenie porodu przez szybkie rozszerzenie szyi macicznej.** Idealnym sposobem rozszerzania nazwaćby można ten, który szybko, bez niebezpieczeństwa krwotoku, innych uszkodzeń lub zakażenia, wiedzie do celu, nie pozostawiając po sobie trwałych zmian anatomicznych. Rozróżniamy rozszerzanie od rozcinania szyi. Rozszerzamy obecnie ręcznie, balonem lub narzędziami. Przy rozszerzaniu ręcznem powstają nieraz pęknięcia i o zakażenie łatwiej. Rozszerzanie narzędziami jest pozbawione niebezpieczeństwa przy otwartem ujściu i podatnej tkance. Wreszcie rozszerzać możemy niekrwawo także zapomocą główki dziecka, które jednak przytem wystawione jest na niebezpieczeństwo. Z metod krwawych używamy nacięć powierzchownych, głębokich, lub pochwowego cięcia cesarskiego. Wskazaniami do szybszego rozszerzenia szyi są: 1) rzucawka porodowa, 2) za wczesne odklejenie się prawidłowego zresztą łożyska, 3) łożysko przodujące (unikać tu należy sposobów zbyt ostrych i szybkich), 4) zakażenie (stosować tu należy jedynie sposoby niekrwawe), 5) groźny stan matki lub płodu. Sposób Bosiego wymaga do 1½ godziny czasu, nie nadaje się też tam, gdzie trzeba szybko ukończyć poród. Tu jedynie sposoby operacyjne (pochwowe cięcie cesarskie) mają zastosowanie.

Gauss porównuje wyniki i wskazania rozszerzania sposobem Bossiego z cięciem pochwowem. Przy łożysku przodującem sposób B. jest przeciwwskazany, natomiast nadaje się on bardzo dobrze dla lekarza praktycznego w przypadkach rzucawki. Winter zwraca jeszcze raz uwagę, że u wieloródek przy otwartem ujściu wskazany jest sposób Bossiego, natomiast przeciwwskazany jest ten sposób u pierwiastek przy ujściu zamkniętem.

Schauta (Wiedeń): **Wyniki trwałe po wycięciu pochwowem macicy z powodu raka szyi.** 742 przypadków, śmiertelność 10·7%, wyleczenia dłużej nad lat 5 w 13·4%, nad lat 4 22·3%, nad 3 lata 28·7%, nad 2 lata w 24·6%. Przy raku szyjki S. gruczołów nie usuwa, bo są one albo zdrowe, albo też jeżeli są zajęte, to nie dają się usunąć doszczętnie (zawsze, gdy S. usuwał gruczoły, następowały nawroty).

Wertheim (Wiedeń): **Wyniki późniejsze po operacyach raka macicy sposobem autora.** Wyniki bardzo dobre; w 59% przypadków operowanych brak nawrotu nawet po 5 latach. Ogółem 487 przypadków, z tego 49 zejść śmiertelnych. Wogóle wyniki znacznie lepsze, niż przy operacyi przez pochwę.

Ott (Petersburg) przemawia za operowaniem przez pochwę. Choć wyniki trwałe po operacyi brzusznej są bezwątpienia lepsze, to jednak śmiertelność jest 11 razy większa i uszkodzenia narządów sąsiednich bardzo częste. Dirner (Peszt) zachwala operacyę Wertheima.

W końcu wygłoszono jeszcze odczyty o usadawianiu się jaja płodowego, tworzeniu się błon płodowych i łożyska, o schorzeniach przydatków i powikłaniach ze strony wyrostka robaczkowego.

Cesare Lombroso.

Zestawił

Prof. Wachholz.

(Dokończenie).

W związku z atawistycznemi nieprawidłowościami budowy kośćca, a często i mózgu, pozostają pewne właściwe zbrodniarzom objawy czynnościowe. I tak spotyka się u nich niemal stale upośledzenie czucia dotyku, a zwłaszcza bolu, które jako zwykłe znamię u człowieka dzikiego, pierwotnego, stanowi u nich wybitną cechę atawizmu. Na odwrót są oni bardzo wrażliwi na zmiany meteorologiczne. Dalszym objawem czynnościowym jest częste u nich mańkuctwo. Pod względem umysłowym uderza u nich zanik czucia etycznego. Są oni względem samych siebie bezlitośni, gdyż nieraz kaleczą dotkliwie własne ciało, choćby w celach tatuowania, narażają swe życie często bez powodu, uciekają się z błahej pobudki do samobójstwa i z zimną krwią i cynizmem wstępują na szafot. Ta pogarda dla życia, właściwa znowu ludziom pierwotnym, stanowi także cechę atawistyczną. W dalszym ciągu odznaczają się zbrodniarze popędliwością, gwałtownością, nieudolnością i wstrętem do systematycznej pracy, zamiłowaniem do wybryków, wyuzdań, gry, jednem słowem właściwościami osobników niższorzędnych, którymi nie kierują wyższe ośrodki psychiczne.

Zbrodniczość przedstawia się zatem jako tępota moralna, która łączy się często z tępotą intelektualną, choć nie można zaprzeczyć, że między zbrodniarzami trafiają się talenty, a nawet i gieniusze. Niewątpliwym talentem odznaczyli się w czasach ostatnich tacy zbrodniarze, jak n. p. pani Humbert lub sławny bohater z Köpenick.

Do cech wreszcie atawistycznych zbrodniarzy należy zaliczyć tatuowanie i właściwy ich język, względnie gwarę, zbliżoną przez swe zwroty onomatopoetyczne, uzmysławianie pojęć abstrakcyjnych i automatyzm do języków pierwotnych.

Lombroso uważa określenie swe „typ kryminalny" za synonim czynnika antropologicznego zbrodni, czyli pojęcia endogeniczności zbrodni wedle określenia niemieckich kryminologów.

Antropologia kryminalna pozwala na podstawie wyników swych badań przeprowadzić klasyfikacyę zbrodniarzy, od której zależy racyonalne zwalczanie, względnie leczenie zbrodniczości. Pierwszą kategoryę stanowią zbrodniarze urodzeni, czyli niepoprawni, których zbrodniczość jest zdecydowana (zdeterminowana — stąd termin determinizmu) wrodzoną im anormalną budową, a nie zależy od wpływów otaczającego ich środowiska. Drugą grupę stanowią zbrodniarze, u których istnieje usposobienie wrodzone do zbrodni, będące wynikiem ich zwyrodnienia. U tej grupy ujawnia się zbrodniczość dopiero pod wpływem zewnętrznych wpływów. Wpływy te zależne są od wieku, płci, stanu i t. d. Stan małżeński, wzmagający popęd do walki o byt, z jednej strony wzmaga popęd do zbrodni, z drugiej strony mu przeciwdziała. Wpływ zawodu odbija się w wielkiej częstości zbrodni u murarzy, piekarzy, a zwłaszcza rzeźników. Wielką dźwignię dla zbrodni stanowi opilstwo. Ubóstwo, nędza, troski, prześladowania polityczne budzą zbrodniczość, a budzi ją także bogactwo, lecz w postaci odrębnej, t. j. zbrodniczość w kierunku płciowym. Niezaprzeczony wpływ na ujawnienie się zbrodni posiadają czynniki atmosferyczne, jak zmiany ciśnienia barometrycznego i ciepłoty (wpływu ich na stan umysłowy u obłąkanych dowiódł między innymi ś. p. Dr Krypiakiewicz), choroby nagodne cielesne i urazy, one bowiem znoszą łatwo chwiejną równowagę umysłową u osób zwyrodniałych, Potężny wpływ wywiera sugestya i naśladownictwo,

zwłaszcza u przestępców młodych, stąd to pobyt w więzieniu wpływa na nich zgubnie.

Trzecią kategoryę stanowią zbrodniarze z przyzwyczajenia, których zbrodniczość wytwarza środowisko, n. p. brak dobrego przykładu i wychowania z powodu braku rodziców, lub zły przykład ze strony przewrotnych rodziców, opiekunów lub wychowawców.

Ostatnią grupę stanowią zbrodniarze przygodni, których sposobność lub nagle rozpętana namiętność skłania do zbrodni. Ci zbrodniarze odznaczają się miłym, ujmującym wyrazem twarzy, czynu swego żałują, sami oddają się w ręce sprawiedliwości i nie ulegają zwykle nawrotom zbrodni. Zbrodniarze polityczni nie stanowią oddzielnej grupy, lecz dają się zaliczyć do różnych, poprzednio wspomnianych kategoryi. Zbrodniczość u kobiet mniejsza, niż u mężczyzn, znajduje swój równoważnik w prostytucyi, a prostytutki mogą być zdaniem Lombrosa i Ferrera prostytutkami z urodzenia, z przyzwyczajenia i z nagodnej przyczyny.

Antropologia kryminalna doprowadza nas z jednej strony do leczenia zbrodniczości, z drugiej zaś strony do jej higieny; t. j. do zapobiegania. Zapobieganiem zbrodni zajmuje się socyologia kryminalna, a czynnikami zapobiegawczymi są: szybkie wyśledzenie winnych, aby w ten sposób pozbawić zbrodniarzy nadziei utajenia się i bezkarności występku, energiczne zwalczanie alkoholizmu zapomocą zakładania towarzystw wstrzemięźliwości, monopolu wódczanego, tworzenia odpowiednich zakładów leczniczych i ustaw karnych, wreszcie tworzenie szkół przemysłowych, jako domów poprawczych dla przestępców nieletnich, względnie dla młodzieży, zbrodniczością zagrożonej i traktowanie kary nie, jako aktu zemsty, lecz jako sposobności do poprawy.

Oto owoce pracy życia Cezarego Lombrosa, którego działalność humanitarną określił nader trafnie na Zjeździe antropologii kryminalnej w Turynie w roku 1906 Van Hamel z Amsterdamu przez porównanie go z Cezarym Beccaria z XVIII. wieku. Gdy Beccaria zwracał się do człowieka z groźnymi słowy: »Znaj sprawiedliwość!«, to Cezary Lombroso zwrócił się do rzeczników sprawiedliwości ze słowami: »Poznajcie człowieka!«.

Niejako śpiewem łabędzim Lombrosa była rozprawka jego o pani Steinheil, bohaterce senzacyjnego procesu, rozegranego niedawno w Paryżu (Archivio di psychiatria i t. d. 1909. Fasc. I—II.), Na wstępie zauważa Lombroso, że modernizm podniósł częstość zbrodni u kobiet, gdy bowiem przed 100 laty wypadało 8—10 zbrodniarek na 100 zbrodniarzy, to obecnie stosunek ten wzmógł się na 20—25 na stu zbrodniarzy, w zakresie zaś trucicielstwa liczba zbrodniarek przewyższa liczbę zbrodniarzy. Steinheilową uważa autor za dziedzicznie obciążoną, za zwyrodniałą histeryczkę. Rodzice jej dopuszczali się wybryków in Baccho et Venere. Ona zaś odznacza się znamionami zwyrodnienia, jak silnie rozwiniętą żuchwą i wystającymi łukami jarzmowymi, cierpiała na blednicę, w wieku dziecięcym zjadała ziemię i robaki i posiadła przedwczesną dojrzałość płciową, właściwą histeryczkom i urodzonym prostytutkom. Ulegała także napadom padaczkowatym, oraz napadom psychicznym gwałtownych popędów, wywoływanym w drodze łatwej sugestyi, wygłaszała bezpodstawne kłamstwa i nielogiczne oszczerstwa. Wcześnie wydana za mąż, oddawała się niezawsze platonicznym miłostkom. Steinheilowa zaprzedawała się równocześnie kilku kochankom, zapewniając każdego z nich, że jest jej jedynym. Pozbawiona wstydu, zabawiała się z kochankami wobec swej córki, a przed sędzią przyznała się bez wzruszenia do niemoralnego sposobu życia. Miała porywy estetyczne, była muzykalną, miewała napady prawdziwego współczucia dla nieszczęśliwych, podobnie jak dawne i obecne hetery, o których Balsac wyraża się słowy: »Te Macchiavelle w spódnicy są najniebezpieczniejszemi kobietami i najgorszemi ze wszystkich złych paryżanek". Napady współczucia stanowiły osłonę surowych rysów zwykłej prostytutki, t. j. próżności, żądzy posiadania, kłamstwa i okrucieństwa. Ma ona coś ze starożytnej Phryne, która oświadczyła gotowość odbudowania zburzonych Teb za wystawienie jej pomnika z napisem: »Teby, zburzone przez Aleksandra, odbudowane przez Phryne«, również coś z margrabiny Pompadour, która uważała się za większą od Richelieugo.

Sposób podjęcia przez nią zbrodni jest typowo niewieści. Nie mając dosyć siły i odwagi, skłania innych do zbrodni, sama zaś zwabia do siebie matkę, jednę z ofiar zbrodni, usuwa psa domowego, wypróżnia swe szafy z kosztowności, oddaje wspólnikom klucz, okłamuje sąd opowiadaniem o napadzie zamaskowanych bandytów, udaje ofiarę napadu, wreszcie stara się odwrócić podejrzenie sądu od właściwych sprawców. Motywem zbrodni jej jest chęć zdobycia spadku po matce i mężu, a chęć ta wyradza się w dziką nienawiść do swych ofiar. Dalszy motyw zbrodni jej stanowi chęć uwolnienia się z niemiłych pęt małżeńskich, próżność i nadzieja korzystniejszego małżeństwa ponownego, wreszcie może i popęd płciowy, który z ciała jej uczynił nagrodę za zbrodnię. Pod każdym więc względem działa ona jak histeryczna prostytutka. Słabość jej obudza w niej podstęp i kłamstwo, które jest u niej wypływem wychowania. Kłamie ona niejako bezwiednie, gdyż, jak Stendhal pisze: »być szczerą, byłoby dla niej tem samem, jak wyjść z domu nago«. Kłamstwo i podstęp wynika u niej z potrzeby zatajenia swych uczuć przed mężczyzną, z walki płciowej celem ukrycia tego, coby mogło jej szkodzić (ruina majątkowa, starzenie się i t. d.), a udawania tego, co jej może wyjść na korzyść (udawanie zamiłowania do sztuki, porywów szlachetnych i t. d.), z chęci utrzymania swych wdzięków przy pomocy kosmetyków, z chęci przedstawiania się przez to pożądaną, że wskutek udawanych cierpień lub omdlenia budzi w mężczyźnie dla siebie współczucie i obowiązek przyjścia jej z pomocą, — a jest to najlepszy sposób uwiedzenia mężczyzny, — wreszcie z wielkiej podatności do sugestyi, mocą której wierzy we wszystko, co sama wymyśli lub jej drudzy poddadzą. Steinheilowa pod wpływem samopoddawania wyjawia kłamstwo z tą samą siłą przekonania, z jaką człowiek prawy broni prawdy, i święci tryumfy wobec sądu.

Taki jest sąd Lombrosa o Steinheilowej, niestety ostatni sąd, jakich wydał wiele niemal o wszystkich głośnych, a współczesnych osobach zbrodniczych.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Do wszystkich lekarzy w Austryi! Z okazyi dyskusyi w ankiecie, zwołanej przez parlamentarną komisyę ubezpieczenia społecznego w dniu 16. XI. 1909, w której zabierali głos wszyscy interesowani, a więc pracodawcy, pracobiorcy i sześciu przedstawicieli stanu lekarskiego, pokazało się, że lekarze w sprawie ustanowienia granicy dochodów (2400 K. rocznie) dla obowiązku ubezpieczenia nie mogą zgoła znikąd liczyć na pomoc. Wszystkie stany nie-lekarskie zdają się na to godzić, że chcą wyzyskać stan lekarski mniej lub więcej dla bezpłatnego leczenia ludzi, mogących płacić za poradę lekarską, zamożnych, a nawet bogatych. Mówiono zupełnie poważnie o granicy dochodów wynoszącej 3600, 4800, a nawet 7200 K., a wreszcie wnoszono, by skreślić wszelką granicę dochodów, a więc zabezpieczyć bezpłatną pomoc lekarską każdemu, od proletaryusza począwszy, na najbogatszym skończywszy. Już podniesienie granicy dochodów wyżej 2400 K. stanowi dla wielu lekarzy, szczególniej na prowincyi, ruinę. Im wyższąby granicę ustanowiono, tem szer-

sze warstwy lekarzy będą w bycie swym zagrożone. Ustanowienie wysokiej granicy (K. 4800, K. 7200!), lub, co więcej, zniesienie wszelkiej granicy nie znaczy nic innego, jak upadek całego stanu lekarskiego pod względem gospodarczym, jak i moralnym, jednem słowem pod każdym względem. Ankieta dowiodła zatem ponad wszelką wątpliwość, że stan lekarski w Austryi nie może liczyć na żadne względy, ani pomoc poza sobą, że lekarze skazani są wyłącznie na samopomoc.

Odezwa państwowego Związku organizacyi lek. przypomina, że nastały dla nas ciężkie i poważne czasy, że ruina całego stanu naszego jest nie bardzo daleka. Najwyższy więc czas, aby się organizacye, Izby i Związek przygotowały do energicznej wspólnej obrony, do rozpaczliwej walki o byt i wolność, i to nietylko w pustych demonstracyach i uchwałach, ale i w poważnych, konkretnych postanowieniach i zarządzeniach. Idzie o obronę bytu i godności stanu lekarskiego. Samopomoc musi natychmiast wkroczyć, gdyż inaczej może być za późno. E. S.

W Czasopiśmie prawniczem i ekonomicznem, (wydawanem przez Wydział prawniczy Uniw. Jag. i Towarzystwo prawnicze i ekonomiczne w Krakowie, pod redakcyą Prof. Fierícha) wyszedł niedawno artykuł, zawierający wiązkę materyałów higieniczno-społecznych, których u nas dotąd zgromadzono niezmiernie mało. Jestto praca p. Aleksandra Gottlieba p. t. »Położenie stróżów kamienicznych w Krakowie«. Obok wiadomości o położeniu, płacy, zajęciach i t. p. zawiera bowiem praca ta wcale obfite dane o mieszkaniach i pożywieniu tej grupy robotniczej, zebrane przez »Oddział młodzieży Uniw. lud. im. Ad. Mickiewicza«. Z mieszkań stróżów krakowskich znajduje się 77·5% na parterze, 15·2% w suterynach. 2·1% w oficynach, 4·6% na I. piętrze, a dwa na poddaszu. 31 mieszkań ma ścianę wspólną z miejscem ustępowem, w 15 znajduje się wychodek tuż koło okna, w 10 tuż koło drzwi. W 22·5% mieszkań wysokość nie dochodzi przepisanej normy (2·85 m.), z tego w $^{1}/_{5}$ nie dochodzi nawet 2 m.; 21% mieszkań ma mniej, niż 10 m.² powierzchni; 55·6% nicma nawet 4 m.² powierzchni dla jednego mieszkańca; 70% jest wilgotnych; 46·6% mieszkań powinnoby być według ustawy natychmiast opróżnione, jako »nie odpowiadające warunkom zdrowia i bezpieczeństwa publicznego«. 31·3% jest mieszkań ciemnych, 13·7% częściowo ciemnych. Blizko $^{1}/_{5}$ rodzin stróżowskich żyje tylko kapustą, ziemniakami i wodzianką. Raz na tydzień jada mięso (1 funt na 4 osoby!) 55·5% rodzin. R.

Inspektoraty przemysłowe austryackie ogłosiły niedawno sprawozdanie ze swych czynności za r. 1908. Sprawozdania inspektoratów, dowodzące coraz więcej, jak pożyteczna jest działalność tych urzędów, pozwalają ocenić stan **higieny przemysłu** i jej postępy w Austryi, i z tego względu zasługują na baczną uwagę lekarzy i higienistów. Sprawozdania trzech inspektoratów galicyjskich budzą tem większe zajęcie, że coraz więcej rozwija się u nas przemysł fabryczny i że nadzór nad zakładami rękodzielniczymi, oraz uporządkowanie stosunków sanitarnych w tych przedsiębiorstwach jest u nas trudniejsze, niż gdziekolwiek może w Austryi, i wymaga ze strony naszych inspektoratów przy rozległości kraju i nizkiej jeszcze kulturze większych wysiłków i pracy, z której wywiązują się chlubnie i skutecznie.

Obraz częstych niestety u nas usterek sanitarnych maluje najlepiej liczba przypadków, w których inspektoraty musiały donosić władzom administracyjnym i sądowym o dostrzeżonych niewłaściwościach: i tak nieodpowiednie pracownie znaleziono w (całej) Galicyi 84 razy (najwięcej w okręgu krakowskim — 43), w Austryi wogóle 246 razy, Galicya stanowi tu więc 30%; nieodpowiednie mieszkania w Galicyi 39 razy (najwięcej w krakowskim okręgu — 21), w Austryi 137; brak urządzeń ochronnych w Galicyi 77 razy (najwięcej w okręgu lwowskim 29), w Austryi 319 razy; zatrudnianie dzieci 10 razy, w Austryi 61 razy; nadmiernie długą pracę 12 razy, w Austryi 44 razy i t. p. Niemniej dzięki staraniom naszych inspektoratów stosunki ciągle się poprawiają. Inspektorat krakowski wymienia n. p. 6 nowych fabryk, które są wprost wzorem pod względem ochrony zdrowia robotników; w 5 innych zdołano uzyskać odpowiednie ulepszenia. Dwom fabrykom ze względu na bezpieczeństwo robotników nie dozwolono rozpocząć ruchu, 4 inne, już istniejące, z tegoż względu zamknięto. Działanie inspektoratu krakowskiego w kierunku asanacyi pracowni odnosi w przemyśle fabrycznym pomyślne skutki, o ile chodzi o fabryki nowopowstające; w zakładach starych sprawa ta natrafia na większe trudności, a w drobnym przemyśle i rękodzielnictwie poprawa jest z powodu fatalnych warunków bytu rękodzielników — bardzo mała i ogranicza się do odosobnionych przypadków. Przypadków nieszczęśliwych było w okręgu krakowskim w roku 1908 — 493 (najwięcej w przemyśle metalurgicznym), z tego śmiertelnych 10. Kasy chorych były powodem uzasadnionych skarg w 3 przypadkach, w jednym z nich przez to, że kasa dłuższy czas nie obsadzała wakującej posady lekarza.

Inspektorat lwowski podnosi brak urządzeń ochronnych w wielu zakładach. Młyny szczególnie uporczywie bronią się przeciw zabezpieczeniu szybów wind ciężarowych, w przemyśle zaś budowlanym przedsiębiorcy wcale nie przestrzegają przepisów, dotyczących ochrony życia i zdrowia robotników; roboty murarskie prowadzono nieraz przy 10 stopniach mrozu i to przy lichem oświetleniu. Wielkie braki sanitarne znaleziono prawie we wszystkich drukarniach; w wielu złe oświetlenie i brud, we wszystkich brak jakiejkolwiek wentylacyi, kaszty drukarskie nie dają się czyścić, w miękkich i nieszczelnych, a bardzo rzadko mytych podłogach mnóstwo pyłu ołowianego; jeżeli gdzie kaszty czyszczą, to mieszkiem, narażając zecerów na wdychanie unoszącego się pyłu; szatni i umywalni przeważnie brak; robotnicy sami zupełnie nie dbają o swoje zdrowie (jedzą wśród pracy i t. p.). Nieszczęśliwych przypadków było w r. 1908 w okręgu lwowskim 742 (najwięcej, jak corocznie, w przemyśle drzewnym 239 i budowlanym 239, razem 64·4% wszystkich przypadków!), z tego śmiertelnych 14. Warunki mieszkań robotniczych w okręgu lwowskim w r. 1908 nie polepszyły się; szczególnie złe były w przemyśle cegielnianym.

W okręgu stanisławowskim brak dostatecznego kapitału zakładowego wśród przedsiębiorców sprawia, że nowopowstające małe, a nawet większe zakłady przemysłowe mają ze względu na ochronę robotników wiele braków. Tak n. p. w jednej małej fabryce beczułek właściwą pracownię stanowić miała stara szopa z desek, z tokiem glinianym, bez stropu i t. p. W otwartej bez pozwolenia władz przemysłowych fabryce celuloidu (w budynku drewnianym) miała pracownia, mieszcząca 15 osób, 12 m. długości, 8 szerokości i wszystkiego 2·3 m. wysokości; tabliczki celuloidu ogrzewano nad zwykłem ogniskiem, a przy dalszem ich obrabianiu musieli robotnicy wdychać pary zgęszczonego kw. octowego. (Fabrykę zamknięto, a przedsiębiorcę skazano na grzywnę). W ruderach drewnianych, nie chroniących od zimna, ani od przeciągów, pomieszczone były 3 huty szklane; również straszne warunki znalazł inspektorat w pewnej destylarni nafty, o której istnieniu nie był poprzednio zawiadomiony, a która była zanieczyszczona niesłychanie odpadkami i sadzą. W sprawie usunięcia pyłu w fabrykach nie nastąpiła w r. 1908 żadna poprawa. W 2 młynach gipsowych brakło zupełnie nakrycia kamieni młyńskich lub było zupełnie nieszczelne; w pewnej fabryce parkietów robotnicy dla ochrony od nieprzejrzanych tumanów pyłu zawiązywali sobie nos i usta chustkami. Również brak wszelkiej ochrony od pyłu w jednej hucie szklanej przy młynie, mielącym szkło i t. p. Podobnie, jak w okręgu lwowskim, bardzo złe są w okręgu stanisławowskim przeważnie mieszkania robotników, zwłaszcza w cegielniach, i w tym względzie niema poprawy. Nieszczęśliwych przypadków było 476 (najwięcej — 310, t. j. 65%! w przemyśle drzewnym), z tego śmiertelnych 14. Z chorób zawodowych stwierdzono w 2 warsztatach zduńskich ołowicę, przyczem ponure światło rzuca na stan rzeczy uwaga inspektoratu, że zdunowie, dostawszy ołowicy, nie zgłaszają się do kasy chorych, boby im udzielone zasiłki zupełnie już na życie nie wystarczyły wobec tego, że w najlepszym razie zarobek ich wynosi 1 do 1·20 kor. W 2 fabrykach zapałek stwierdzono 2 razy martwicę fosforową u robotników, którzy — szczególna rzecz — od 12 lat nie stykali się już z fosforem. Cztery fabryki zapałek rozszerzono, ale tylko w jednej z nich poprawiono gruntownie warunki higieniczne. Wreszcie zasługuje na wzmiankę, iż jedno przedsiębiorstwo drzewne zbudowało dobrze urządzony szpital dla robotników. C.

Dolnoaustryackie „sanitarne ministeryum krajowe“. Pod tym szumnym tytułem donoszą dzienniki, że Namiestnictwo dolnoaustryackie w porozumieniu z Wydziałem krajowym wypracowało projekt ustawy, stwarzającej »komisyę dla zakładów leczniczych w Austryi Dolnej«. Komisya będzie zarządzać funduszami wiedeńskich i dolnoaustryackich zakładów leczniczych, tak rządowych, jakoteż krajowych, miejskich i niektórych prywatnych. Komisya ta będzie rodzajem »krajowego ministerstwa sanitarnego«, zarządzającego wszystkiemi klinikami i 39 szpitalami w dolnej Austryi i zakładającego nowe szpitale, do czego na razie potrzeba 38 milionów koron. Komisya dla uzyskania funduszów będzie mieć prawo nakładania sanitarnych dodatków do podatków, osobno dla Wiednia a osobno dla prowincyi. R.

Składka noworoczna na fundusz wdów i sierot im. śp. Jordana za rok 1909. (C. d.).

Po dwie korony nadesłali: T. Litwinowicz, M. Świątkiewicz, Bett, I. Mang, A. Loewy, Zdz. Czaplicki, W. Czernecki, A. Juras, Kapelusz, Pańczewicz, Goldberger, A. Fonferko, I. Agatstein, Langsam, Friedwald, Jan Landau, O. Hochbaum, Dornfest, Kozierowski, K. Sermak, St. Miszewski, A. Millêt, L. Ćwiklicer, Münzer, J. Górka, Aszer, Rotter Mg., F. Kalach, Z. Lewicki, J. Przesmycki, Fr. Kmietowicz, A. Biesiadzki, W. Mydlarski, Fr. Zakrejs, E. Hermelin, K. Krasucki, F. Nacht, W. Mogilnicki, Pawluk, W. Nowicki, M. Kapellner. (C. d. n).

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca listopada 1909	479,347	298,194
W grudniu 1909	3,175	10,000
Razem .	482,522	308,194

Dr Żydłowicz, administrator.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 26. XII. 1909 do 1. I. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 10 † 3 (w tem obcych 9 † 3), krztuśca 6, płonicy 8 † 2 (1 † 1), odry 2, duru brzusznego 2 † — (1 † —), czerwonki 1 † 1 (1 † 1), róży 1, tężca 1 † 1 (1 † 1). Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

W kierownictwie dwu czasopism lekarskich polskich zaszły z Nowym Rokiem 1910 zmiany: redakcyę »Gazety lekarskiej« objęli Dr A. Puławski i Dr S. Starkiewicz, redakcyę zaś »Tygodnika lekarskiego«, który stał się obok »Przeglądu lekarskiego« organem Towarzystwa lekarzy galicyjskich i przeszedł na własność Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, objął Doc. Dr Nowicki. Przy rozpoczęciu żmudnej, ale wdzięcznej pracy, składamy obu redakcyom serdeczne życzenia jak najlepszego powodzenia.

Dla szpitalnictwa galicyjskiego wraz z innemi sprawami sanitarnemi, należącemi do zakresu autonomicznego, ważne znaczenie ma obsadzenie wakującego dotąd po śmierci ś. p. Dra Łuszczkiewicza stanowiska inspektora szpitali krajowych. Powierzenie tego stanowiska Drowi E. Müllerowi, który przez kilkoletnią pracę na stanowisku zastępcy inspektora, wszechstronnego w dziale tym nabrał doświadczenia i złożył dowody zapobiegliwości i energii, pozwala dobrze tuszyć na przyszłość.

Kraków. Komisya sanitarna miejska wydała na posiedzeniu w d. 3. I. b. r. opinię przychylną co do koncesyi na »Lecznicę związkową«, przyjęła do wiadomości sprawozdanie Dra Janiszewskiego z czynności miejskiego urzędu zdrowia, zajmowała się na wniosek Prof. J. Nowaka sprawą utworzenia wzorowej, przez miasto nadzorowanej mleczarni, uchwaliła za konieczną jak najrychlejszą reorganizacyę miejskiej służby zdrowia według projektu fizyka Dra Janiszewskiego, uchwaliła na wniosek Prof. Ponikły oświadczyć się przeciw projektowi opodatkowania wód mineralnych, wreszcie na wniosek Prof. Pareńskiego rozpatrywała sprawę wentylacyi szkół i obywatelskiej kontroli nad czystością domów.

Warszawa. Władze pozwoliły na urządzenie wystawy farmaceutycznej, prezesem komitetu wystawy jest p. Franciszek Karpiński.

— Posiedzenie wyborcze warszawskiego Towarzystwa lekarskiego odbyło się w dniu 4 stycznia 1910 r. Prezesem wybrano Dra Antoniego Gabszewicza, wiceprezesem Dra O. Hewelkego, sekretarzem Dra Tadeusza Wilczyńskiego.

— Po wielu przeszkodach ze strony władz zezwolono w Petersburgu na zawiązanie Ligi przeciwgruźliczej.

Z różnych stron. Akademię lekarską w Petersburgu ukończyli Polacy pp. Adamowicz, Braun, Brink, Dunin-Karwicki, Mikucki i Rydel.

— Dr S. Ostrowski uzyskał stopień doktora medycyny w Petersburgu po obronie rozprawy p. t. »Anaemia splenica infantum«.

Mianowani: Prof. Jung z Erlangen dyrektorem kliniki położniczej w Göttingen, Prof. Franz z Jeny dyrektorem kliniki położniczej w Kiel, Prof. Reuss w Wiedniu dyrektorem polikliniki, docenci Ehrmann i Joannovic w Wiedniu profesorami nadzwyczajnymi;

Dr Emil Müller inspektorem szpitali krajowych w Galicyi, Dr Lenartowicz prymaryuszem oddziału skórno-wenerycznego w szpitalu kraj. lwowskim; Dr Moczulski lekarzem ambulatoryum w szpit. św. Rocha, Dr Kasperowiczówna asystentką w szpitalu wolskim w Warszawie.

Zmarli: Prof. Brissaud w Paryżu.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie doroczne administracyjne Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 12. stycznia 1910 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Sprawozdanie Zarządu Towarzystwa za r. 1909.

Po posiedzeniu odbędzie się wspólna wieczerza koleżeńska.

We środę dnia 12. stycznia 1910 o g. 6 wieczór odbędzie się w szpitalu powszechnym w Jarosławiu **zgromadzenie doroczne członków Sekcyi** z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych, kol. Dr Fechter. 2) Uwagi o miejskich urządzeniach sanitarnych w Karlsbadzie, kol. Dr Rossberger. 2) Sprawozdanie roczne administracyjne i naukowe. 4) Wybór zarządu na rok 1910. 5) Wnioski członków.

Ze względu na bardzo ważne przedmioty rozpraw o jak najliczniejszy udział uprasza Biuro Sekcyi.

Z biura Sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Sekretarz: Dr Feldman. Przewodniczący: Dr Czyżewicz.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Arhovin. Dr Feres (Aertzl. Centralzg. Z. 46. 1909). Liczne doświadczenia, które stwierdziły trujące uboczne działania ogólnie używanych środków balsamicznych, skłoniły autora do zastosowania arhowiny, środka niebalsamicznego, do wewnętrznego leczenia wiewióra. Feres unika w swym referacie wszelkich teoretycznych uzasadnień, lecz przedstawia szereg historyi chorób, stwierdzających pomyślne wyniki leczenia arhowiną. Samo przez się rozumieć należy, że niezależnie od wewnętrznego leczenia arhowiną, konieczne jest troskliwe leczenie miejscowe.

Na szczególniejszą uwagę w opisanych przez F. przypadkach zasługuje dobry wpływ arhowiny na dolegliwości podmiotowe, zarówno w ostrym wiewiórze, jak i w ostrym nieżycie pęcherza. Bolesne oddawanie moczu i bolesne wzwody ustępują już wyraźnie po kilkudniowem użyciu arhowiny.

Również godnem jest uwagi, że nawet większe dawki, stosowane przez czas dłuższy, nie wywołały nigdy podrażnienia nerek, ani zaburzeń żołądkowych.

Przyczyny te skłoniły autora do wniosku, że arhowina, podawana wewnętrznie, jest skutecznym i od szkodliwych działań ubocznych wolnym środkiem pomocniczym w leczeniu wiewióra.

Hr. Wi.